理事長 局長 次長 課長 副課長	主幹	副主幹	係
決 _			
裁			

(伺) 下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄	起案日	/
ナヤイ月 pL/1/1 財	支給日	/

療養費・家族療養費 請求書

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

		.1 1 1 1 HW					你	-	П		1					- 1	T	1			
誀	求日	류드		令和	5 年	1	月	番	<u>日</u>		療養にした金			った酸!	額を記。 へへ	NA	療養費	責			
	合員証	F)	属所		注				7		-					定	<u> </u>				
記名	号番号	9	9 9	3				6	6	66	請金	求 額	(上記金 4	說 1,83		額 円	家 旅療養費				円
組合員	#	済	 	- 貞尺				所属				±			取年 月 得日	昭和 平成 令和	22 年		4 月	1	日
氏名		<i>//</i> -1		دائم				所名			0	Ш			喪年 月	令和	年		月		日
療氏 養	++ :	文	+	郎				認年月	昭和平成	年		月		日	八百	<u>公</u> 費負担者	2	核該当	何とき	:	
者名	大	F	A	(II)			-	定日 取年	令和						4 3	貝 只151	日田ヶ				
生月年日	□ 1 年	- 1月	1 目	33 才		・ 柄		消日	令和	年		月		日		受給者	番号				
傷病	刍	性	- 	道	火					公 費 コード	1/	・ 身 ・ 母			傷	(必ず言	己入して	こくだ	さい。)		
名	色	X_	L XI	,但	火					病 類 コード					病の	百	因	不	AB.		
初診	:年月日	平成 令和	4 年	12月	1	日療法	期令	和 4	年	12月	1 日	から			原因	灰	2	1	נקי		
入院	年月日	令和	年	月		日養	間令	和	年	12月	1 日	まで	(1	日)	Ы	(一般:	疾病•	白指す	事故・第	三者行	·為)
	該項して、 もだして、	2		3 ルセット	任 出生認定 1	E前診療 1	外 31	来	32 歯科外 42	一 音	頂療養費 『負担金	附)	加 金)	医療の機名	春	来内科		<u> </u>	100 710		
求内	ださい。	家	族	正不携帯	入	院	歯科	入院	調	剤 払	戻 金	そ (の他	関称							
										又 は住 薬所	Ö	O県C	〇市	OC	区 1:	234-					
組し	(具体的	」に書い	てくた	ごさい。)														;コード 転県 28)		
合な員か	○装	具製作	会社は	保険医	療機関	では	ないか	きめ						共済犯			L				
祉 空		合員証	等の申	請中で	組合員	証等	が交付	付され	にていた	こかった	ため			組合使	□初Ⅰ	口					
を使用を理由	ダ そ	の他		行中に ていな				なり	し、組	合員	正を	诗参		伊用欄	□前Ⅰ	回購入日	∃ (R	/	/)	
上記	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。																_				
A	和 5	年 1	月	1 日				職	左			_							共済	組合	\
T	17H 3	+	Л	Ι μ		所属	所長	Ē			市县	· •							受付	寸印	
								氏	名	保健	. <i>i</i>	こ郎						\	N		

- . 太線の中を記入してください。(ただし、 部分は記入しないでください。)
- 2 コルセットの場合は必ず、医師の意見書、領収書(明細書を含む)を添付してください。
- 3 請求金額は療養に要した金額から健康保険法に基づき算出された一部負担金を引いた額です。
- 4 証不携帯の場合は必ず、領収書、診療報酬明細書(レセプト)を添付してください。 (請求書はレセプト1枚ごとに作成してください。)
- 5 公費医療適用者は、医療証の公費負担者番号と受給者番号を必ず記入してください。